

ПАНКРЕАТОРАГІЯ, ЯК КЛІНІЧНИЙ ПРОЯВ, У ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНИЙ ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Каніковський О.Є., Павлик І.В., Маховський О.Л., Пунько Ю.А.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова.

Вступ

Кровотеча, джерело якої знаходиться в підшлунковій залозі або прилеглих до неї структурах є рідкісним, як правило, фатальним проявом хронічного панкреатиту.

Мета дослідження

Розбір клінічного досвіду лікування пацієнтів з хронічним панкреатитом ускладненим панкреаторагією в перед- та післяопераційному періоді.

Матеріали та методи

Протягом 2000 – 2021 рр. проведено хірургічне лікування 249 хворих на ускладнений хронічний панкреатит. Кальцифікуючу форму ХП мали 28, обструктивну - 30, фіброз – 55, запальну - 5, кісти підшлункової залози - 119. Резекційні оперативні втручання виконано у 58 (23,3%), дренажні – 109 (43,8%), симптоматичні – 82 (32,9%) хворих.

Обговорення

Панкреаторагія виникла у 6(2,4%) хворих. Причому у 3 (1,2%) хворих кровотеча виникала, як прояв захворювання, у 3 (1,2%) хворих виникла в післяопераційному періоді. Серед пацієнтів, у яких панкреаторагія виникла як основний прояв захворювання джерелом кровотечі виступала нижня панкреатодуоденальна артерія, 2 (0,8%) пацієнтів мали клініку її аневризми та кровотечу в просвіт кісти, 1 (0,4%) хворий – прорізування лігатури через рік після раніше виконаного ПДР та клініку кровотечі в

просвіт ШКТ. Як ускладнення в післяопераційному періоді, кровотеча виникла у 3 (1,2%) хворих після операції Фрея-Ізбіцкого. Серед них у 2 (0,8%) хворих з просвіту анастомозу, та у 1 (0,4%) хворого з панкреато-плевральної нориці.

Висновки

Для профілактики виникнення панкреаторагії в післяопераційному періоді найбільш дієвим способом є прошивання судин в паренхімі підшлункової залози ПДС та пломбування дефектів панкреатичного протоку фібриновим або ціаноакриловим клеєм. Хоча дане питання потребує подальшого вивчення.